



PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOL DISTRICT

WHERE EDUCATION IS MET WITH EXCELLENCE!

Lori Cannetti
Interim Superintendent of Schools

Lori Goldstein Ed.D.
Director Special Education CPSE

Board of Education
Kelli Anne Jennings, President
Diana Andrade, Vice President
Jennifer A. Krieger
Lauren Kuban
Marc A. Negrin
Francis Salazar
Bernadette M. Smith

Special Education and Pupil Services
121 Saxton Street
Patchogue, NY 11772
(631)687-6440

Theresa DeLeva, District Clerk

Referral to Committee on Preschool Education

Date: _____

Patchogue Medford School District
Director of Preschool Special Education
121 Saxton Street
Patchogue, New York 11772

Dear Director:

I wish to refer my child: _____, DOB: _____, to
the Committee on Preschool Special Education. I am asking that you conduct an individual evaluation
to determine whether a disability exists that would make my child eligible for special education.

I am concerned about my child's educational difficulties in the following areas:

Please check the appropriate choice.

My child is not currently receiving Early Intervention Services.

My child is currently receiving Early Intervention Services.

Parent/Guardian: _____

Address: _____

Phone Number: _____



PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOL DISTRICT

WHERE EDUCATION IS MET WITH EXCELLENCE!

Lori Cannetti
Interim Superintendent of Schools

Lori Goldstein Ed.D.
Director Special Education CPSE

Board of Education
Kelli Anne Jennings, President
Diana Andrade, Vice President
Jennifer A. Krieger
Lauren Kuban
Marc A. Negrin
Francis Salazar
Bernadette M. Smith

Special Education and Pupil Services
121 Saxton Street
Patchogue, NY 11772
(631)687-6440

Theresa DeLeva, District Clerk

Remisión al Comité de Educación Especial Preescolar

Fecha: _____

Distrito Escolar de Patchogue Medford
Director de Educación Especial Preescolar
121 Saxton St, Patchogue, NY 11772

Querido director:

Deseo referir ami hijo: _____, Date of Birth: _____
_____ al Comité sobre Educación
Especial Preescolar.

Le pido que realice una evaluación individual para determinar si existe una discapacidad, que haría que mi hijo fuera elegible para educación especial

I. Me preocupan las dificultades educativas de mi hijo en las siguientes áreas:

Por favor marque √ la opción apropiada.

Mi hijo (a) no recibe actualmente Servicios de Intervención Temprana.

Mi hijo está recibiendo los siguientes Servicios de Intervención Temprana.

Tutor: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Suffolk County Department of Health
Office of Children with Special Needs
Preschool Special Education Program

Medicaid Consent Form

Dear Parent/Guardian of: _____ Child's SS# / CIN# _____

This is to ask your permission (consent) to bill your or your child's Medicaid Insurance Program for special education and related services that are on your child's Individualized Education Program ("IEP"). This consent allows the School District/County to bill for covered health-related services and to release information to the School District's Medicaid billing agent for that purpose.

I have received with this Medicaid Consent Form separate written notification from the School District or IEP service provider that explains in detail my federal rights regarding the use of public benefits or insurance to pay for certain special education and related services.

I understand and agree that the School District/County may access Medicaid to pay for special education and related services provided to my child.

I understand that providing consent will not impact my or my child's Medicaid coverage. Upon request, I may review copies of records disclosed pursuant to this authorization. Services listed in my child's IEP must be provided at no cost to me whether or not I give consent to bill Medicaid. I have the right to withdraw consent at any time and the School District must give me annual written notification of my rights regarding this consent.

I also give my consent for the School District/County or IEP service provider to release the following records and information about my child to the State's Medicaid Agency for the purpose of billing for special education and related services that are in my child's IEP:

-- Records and service information that likely will be shared --	
Prescriptions	Service Provider Attendance
Referrals	"Under the Direction of" Certification
Treatment Logs	"Under the Supervision of" Certification
Individualized Education Program - IEP	"Under the Direction of" Logs
Calendar and Attendance Records	"Under the Supervision of" Logs
Bus Logs	Other unnamed documents needed to support Medicaid claims

I give my consent voluntarily and understand that I may withdraw my consent at any time. I also understand that my child's right to receive special education and related services is in no way dependent on my granting consent and that, regardless of my decision to provide this consent, all the required services in my child's IEP will be provided to my child at no cost to me.

Print Parent/Guardian Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Suffolk County Department of Health
Office of Children with Special Needs
Preschool Special Education Program
Consentimiento de Medicaid

Estimados Padres / Guardián de: _____ De niño SS#/CIN # _____

Esto es para solicitar su permiso (autorización) para facturar el seguro de Medicaid suyo o de su niño, para el programa de educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizada (IEP) de su niño. Este acuerdo permite que, el Distrito Escolar / County facture servicios relacionados.

Yo, _____ como Padre / Guardián de _____
(Imprime nombre de su niño)

acabo de recibir una notificación por escrito del Distrito Escolar que explica mi derechos federales con respecto a la utilización de beneficios público o seguros que pagan ciertos programas de educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y estoy de acuerdo que el distrito escolar/County puede acceder a Medicaid para que paguen por la educación especial y servicios relacionados de mi niño. Entiendo que: en dar mi consentimiento, no le afectara el seguro de Medicaid de mi niño; cuando quiero, puedo revisar las copias de los registros/documentos transmitido en virtud de esta autorización; servicios que están indicado en el IEP de mi niño deben ser proporcionado sin costo a mí, si estoy en acuerdo o no, permito dar mi consentimiento a Medicaid; tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento; y el Distrito Escolar debe mandar (cada año), notificación por escrito sobre mis derechos con respecto a este consentimiento. Yo también doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar / County / Proveedor mande los registros siguientes / información sobre mi niño, a la Agencia de Medicaid del Estado de Nueva York, para que facturen programas de educación especial y servicios relacionados que están indicados en el IEP de mi niño. Los registros siguientes serán compartidos.

Registros compartidos (registros / información sobre servicios que su niño recibe)	
Receta	Asistencia del Proveedor de Servicio
Referido	Certificación de "bajo la dirección de"
Registros de Tratamiento	Certificación de "bajo la supervisión de"
Programa de Educación Individualizada	Registros de "bajo la dirección de"
Registros de Asistencia	Registros de "bajo la supervisión de"
Registros de Autobús	Calendario
Otros documentos no mencionados necesario para apoyar una reclamación a Medicaid	

Doy mi consentimiento voluntario y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También tengo entendido que el derecho de mi niño de recibir educación especial y servicios relacionados, en ninguna manera depende en mi autorización y que, a pesar de mi decisión de proporcionar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi niño, será siempre ofrecido a mi niño sin algún costo a mí.

Firma de Padres / Guardián: _____

Nombre de Padres / Guardián: _____ Fecha: _____